

Advies

Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw

Bekostiging van de langdurige GGZ gericht op
behandeling en verblijf

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Opdracht	9
1.3 Leeswijzer	11
2. De toekomst van de GGZ	13
3. Overheveling prestaties in de overgangsfase	15
3.1 Mogelijke prestaties	15
3.2 Afweging prestaties	15
4. Uitwerking bekostiging langdurige GGZ in de Zvw	18
4.1 Prestaties en productstructuur	18
4.2 Tariefsoort en hoogte tarieven	18
4.3 Kapitaallasten en inventaris	19
4.3.1 Kapitaallasten	19
4.3.2 Inventaris	20
5. Overige aandachtspunten	22
5.1 Macro-kostenbeheersing	22
5.2 Transparantie voor sturing en toezicht	22
5.2.1 Transparantie voor zorgverzekeraars voor een beheerste overstap	22
5.2.2 Transparante aanspraken	23
5.3 Zorgfraude	23
5.3.1 Mogelijke frauderisico's	24
5.3.2 Helderheid en controleerbaarheid	24
5.3.3 Beheersmaatregelen	24
5.4 Onderhoud oude bekostiging in een overgangsfase	25
5.5 Planning	25
Bijlagen	
Bijlage I: adviesverzoek VWS	
Bijlage II: reacties van veldpartijen op consultatiedocument	

Vooraf

U leest het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de overheveling van de langdurige GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit document beantwoorden wij de vraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de bekostiging van de langdurige GGZ in de Zvw. Dit advies geeft op hoofdlijnen weer hoe de langdurige GGZ gericht op verblijf met behandeling binnen de Zvw bekostigd kan worden en of er een overgangsmodel nodig is.

Wij hebben gebruik gemaakt van een brede klankbordgroep door middel van een consultatieronde. De reacties op ons consultatiedocument van mei 2013 zijn gebruikt bij het schrijven van dit advies.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk bedanken.

De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
plv. voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa op 6 mei 2013 gevraagd haar te adviseren over de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de AWBZ naar de Zvw.

De huidige productstructuur van de Zvw is in principe geschikt voor het bekostigen van intramurale langdurige GGZ. Zij houdt echter geen rekening met zorgvraagzwaarte. Deze aanpassingen zijn wel gewenst zodat zorgverzekeraars op een voor de cliënt betaalbare wijze de zorgplicht kunnen invullen. Daarom heeft de NZa het voornemen om per 2017 een herziene productstructuur te implementeren die meer gebaseerd is op genormeerde elementen. De manier waarop zorgvraagzwaarte precies zijn invloed zal krijgen binnen de productstructuur die met ingang van 2017 van toepassing is, is nog niet bekend. De overheveling van de langdurige GGZ vindt dus plaats, terwijl er nog geen duidelijkheid is over de nieuwe productstructuur. De voorgestelde mogelijkheid om de langdurige GGZ in de Zvw te bekostigen moet in dit perspectief worden gezien.

Deze gewenste aanpassingen kunnen niet voor 2015 worden geïmplementeerd waardoor een overgangsfase voor de bekostiging van de langdurige GGZ noodzakelijk is. Gedurende deze overgangsfase moeten systeemrisico's zoals een stijging van de uitgaven en een verminderde toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk worden voorkomen. Wij adviseren om gedurende deze overgangsfase de langdurige GGZ te bekostigen door middel van de huidige ZZP's. Voor deze ZZP's zijn en blijven maximumtarieven van toepassing. De ZZP's geven zorgverzekeraars betere mogelijkheden om passende zorg in te kopen dan de DBC's.

Voor cliënten die al in zorg zijn kunnen de huidige producten worden gecontinueerd. Daarmee worden ook knelpunten voorkomen rondom de continuïteit van zorg voor de cliënt en zorgplicht van zorgverzekeraars.

Tot slot adviseren wij één landelijk macrobeheersinstrument te hanteren voor de gespecialiseerde GGZ. Het huidige schot tussen de langdurige en kortdurende gespecialiseerde zorg verdwijnt hierdoor. Daarmee wordt een potentiële hinderpaal weggenomen voor het verminderen van het aantal bedden en het ambulante behandelen van patienten.

Op deze wijze ontstaat naar mening van de NZa een transitie-model dat met de minste systeemrisico's leidt tot het gewenste eindmodel, waarbij sprake is van één bekostigingswijze.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies gevraagd over de overheveling van de langdurige op behandeling gerichte intramurale GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (zie bijlage I).

Aanleiding voor de vraag van de minister is het regeerakkoord van het Kabinet Rutte II. In het regeerakkoord is opgenomen dat de intramurale op behandeling gerichte langdurige GGZ met ingang van 2015 niet meer uit de AWBZ, maar uit de Zvw wordt bekostigd. Het doel van deze overheveling is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en snellere en ambulante zorgvormen te stimuleren.

Dit document bevat een analyse van de mogelijkheden om de langdurige GGZ te bekostigen binnen de Zvw. Wij adviseren in dit document op twee belangrijke aspecten. In de eerste plaats adviseren wij over de gewenste bekostigingsvorm. Ten tweede adviseren wij over een fasering zodat ongewenste systeemrisico's worden voorkomen.

1.2 Opdracht

De NZa is bij het uitwerken van het advies zoveel mogelijk uitgegaan van de door de minister gestelde randvoorwaarden aan de overheveling van de zorg. Deze zijn:

- Budgetneutraal;
- Invoeren per 1 januari 2015;
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid;
- Adequaate waarborgen toegankelijkheid van zorg;
- Voorkomen van abrupte veranderingen in opbrengsten als gevolg van een wijziging van het bekostigingsstelsel;
- Voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgvraagzwaarte, de geleverde zorg en de kwaliteit van de zorg;
- Adequaate aansluiten op de naastliggende bekostigingsdomeinen;
- Adequaate bekostigen van kapitaallasten;
- Kostenbeheersing is gegarandeerd;
- Een eventuele uitbreiding van de overheveling naar de Zvw met de huidige AWBZ-functie begeleiding en beschermd wonen moet mogelijk blijven.

Naast bovengenoemde randvoorwaarden, heeft de minister de volgende specifieke vragen gesteld:

- In hoeverre is de productstructuur die binnen het Zvw-kader wordt gehanteerd, rekeninghoudend met de voorgenomen ontwikkeling daarvan, geschikt voor het bekostigen van (delen van) de langdurige GGZ?
- Of en in hoeverre daarvoor aanpassing van de huidige producten, of uitbreiding met aanvullende producten, noodzakelijk is, en zo ja, hoe deze vorm te geven?
- In hoeverre de voorgenoemde aanpassing of uitbreiding binnen het genoemde tijdpad uitvoerbaar is, of dat een gefaseerde overgang noodzakelijk is, waarbij de ZZP's (of een deel daarvan) vooralsnog binnen de Zvw-context gehandhaafd worden?

Als een gefaseerde overgang de voorkeur heeft:

- Op welke wijze kunnen ZZP's in de omgeving van de Zvw als bekostigingsproduct ingezet worden en welk tariefsoort is van toepassing?
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat de ZZP's in de overgangsfase een bruikbare en transparante onderhandelingsstaal vormen voor aanbieders en zorgverzekeraars, ook gezien het ontbreken van een indicatieorgaan in de Zvw, en het ontbreken van (voor)kennis over de ZZP's bij individuele zorgverzekeraars?

Afbakening van de over te hevelen zorg in dit advies

De minister geeft aan dat de zorg die wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw, de intramurale GGZ-zorg betreft die is gericht op behandeling met voortgezet verblijf voor patiënten ouder dan 18 jaar. De besluitvorming over verblijf gericht op begeleiding en een beschermde woonomgeving volgt nog.

De minister verzoekt de NZa om uit te gaan van de huidige AWBZ-aanspraak, waarbij de duiding door het CVZ op termijn tot aanpassingen kan leiden. Deze aanspraak staat vermeld in het Besluit zorgaanspraken en is nader uitgewerkt in de Regeling zorgaanspraken AWBZ. De door de minister aangeduide zorg komt neer op de aanspraak op:

- ZZP B1 t/m B7¹ al dan niet met dagbesteding;
- klinisch intentieve behandeling (KIB);
- de toeslagen niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP) en gespecialiseerde epilepsiezorg midden.

Voor zover sprake is van het individueel gebruik van een rolstoel of vervoer van en naar de dagbesteding, gaan wij er in dit advies vanuit dat deze aanspraken bij de overheveling in de Zvw ook worden overgeheveld.

- Individueel gebruik rolstoel: De NZa reguleert niet de tarieven en prestaties van individueel aangemeten hulpmiddelen. De individueel aangemeten rolstoelen worden daarom in dit advies buiten beschouwing gelaten.
- Vervoer van en naar dagbesteding: Op grond van de AWBZ is er aanspraak op vervoer van en naar de begeleiding groep (dagbesteding) of behandeling groep indien daarvoor een medische indicatie bestaat en het vervoer door de instelling wordt geleverd. De NZa hanteert hiervoor momenteel een afzonderlijke prestatie omdat niet iedere cliënt is aangewezen op vervoer. Wij gaan er in dit advies vanuit dat aanspraak op medisch geïndiceerd vervoer van en naar de dagbesteding verleend door de instelling die ook behandeling levert, gecontinueerd wordt. Zou de aanspraak in de toekomst anders komen te luiden dan moet nader worden bezien op welke wijze de prestaties moeten worden aangepast of dat de prestatie vervalt.

Consultatie partijen

Wij hebben op 6 mei een consultatiedocument uitgebracht en op 24 mei een consultatiebijeenkomst gehouden. GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben begin juni hun meningen schriftelijk kenbaar gemaakt. Deze schriftelijke reacties zijn opgenomen in de bijlage van dit document.

¹ Sinds 1 januari 2013 worden ZZP 1B en 2B niet meer geïndiceerd. Eerder afgegeven B1 en B2 indicaties blijven geldig. De voor deze indicaties geleverde zorg wordt per 1 januari 2015 bekostigd vanuit de Zvw.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport adviseren wij over de overheveling van de langdurige GGZ.

Hoofdstuk 2 beschrijft de toekomst van het bekostigen van de GGZ, zowel het curatieve als het langdurige deel.

In hoofdstuk 3 staat het advies over de bekostiging van de langdurige GGZ vanaf 2015. Hierbij geven wij de verschillende afwegingen en argumenten die aan deze keuze ten grondslag hebben gelegen.

Hoofdstuk 4 beschrijft het bekostigingssysteem van de langdurige GGZ per 2015. We gaan daarbij in op de prestaties en productstructuur, de tarieven, de kapitaallasten en de inventaris.

Hoofdstuk 5 beschrijft ten slotte de aanvullende zaken die van invloed zijn op de werking van de geadviseerde bekostigingssystematiek voor de langdurige GGZ (in het kader van de randvoorwaarden die de minister aan de overheveling heeft gesteld).

2. De toekomst van de GGZ

In dit hoofdstuk beschrijven wij de toekomst van de bekostiging van de gespecialiseerde GGZ. De langdurige GGZ maakt hier onderdeel van uit. Dit maakt de toekomst van de gespecialiseerde GGZ hier relevant.

In 2012 heeft de GGZ-sector een bestuurlijk akkoord 'Toekomst GGZ 2013-2014' gesloten met een inhoudelijke agenda.² Het doel hiervan is om ook voor de toekomst de zorg hoogwaardig en betaalbaar te houden. Door deze inhoudelijke agenda willen partijen tot een beheerste kostenontwikkeling van de GGZ komen. Daarmee beogen zij eenzijdige ingrepen vanuit de overheid te voorkomen. In juli 2013 is er in lijn met het vorige akkoord een nieuw akkoord gesloten dat loopt tot 2017. In dit akkoord zijn onder andere afspraken gemaakt over maximum groeipercentages.

In het bestuurlijk akkoord hebben partijen afspraken gemaakt over het toepassen van zorgvraagzwaarte in de GGZ. Voor de generalistische Basis GGZ wordt een bekostiging op basis van een beperkt aantal zorgzwaarte-prestaties ingevoerd, die aansluit op de zorgvraag van de patiënt. Voor de gespecialiseerde GGZ is aangegeven dat partijen een gezamenlijke doorontwikkelagenda maken die gericht is op het opnemen van zorgvraagzwaarte in de productstructuur. Hier is en wordt door de sector in 2012 en 2013 voortvarend aan gewerkt. Er is een zorgvraagzwaarte-indicator ontwikkeld die nog verder wordt uitgewerkt.

Tevens maakt de sector in 2013 en 2014 behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren.

Vanaf 2017 zijn er twee instrumenten van toepassing om een volumestijging structureel te beheersen. Op de eerste plaats is de NZa voornemens de productstructuur te wijzigen – eindmodel 2017 – op basis van meer genormeerde elementen. Hiertoe doen we de komende jaren onderzoek en gaan we met partijen in overleg. Tegelijkertijd lopen zorgverzekeraars vanaf 2017 volledig risico op alle GGZ zorg. Hierdoor worden zorgverzekeraars gestimuleerd om hun rol goed op te pakken.

De manier waarop zorgvraagzwaarte precies zijn invloed heeft op de productstructuur die met ingang van 2017 van toepassing is, is nog niet bekend. De overheveling van de langdurige GGZ vindt dus plaats, terwijl er nog geen duidelijkheid is over de nieuwe productstructuur. De in dit advies voorgestelde mogelijkheid om de langdurige GGZ in de Zvw te bekostigen moet in dit perspectief worden gezien.

De in dit document genoemde bekostiging van de langdurige GGZ is een oplossing voor de korte termijn, namelijk voor de overgangsfase totdat de nieuwe productstructuur (het eindmodel) is uitgewerkt en per 2017 ingevoerd.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven welke wijze van bekostigen voor de langdurige GGZ wij adviseren en waarom voor deze optie is gekozen.

² Zie voor het volledige rapport: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>

3. Overheveling prestaties in de overgangsfase

Totdat de herziene productstructuur in 2017 wordt ingevoerd, adviseren wij een tijdelijke oplossing voor het bekostigen van de langdurige GGZ in de Zvw vanaf 2015. Om systeemrisico's gedurende de overgangperiode te beperken, adviseren wij om de huidige zorgzwaartepakket (ZZP) prestatiebeschrijvingen uit de AWBZ op te nemen in de Zvw. In dit hoofdstuk lichten wij deze keuze toe.

3.1 Mogelijke prestaties

Voor de bekostiging van de langdurige GGZ per 2015 zijn drie opties overwogen:

- Optie 1: Langdurige GGZ bekostigen via de DBC-systematiek;
- Optie 2: Langdurige GGZ bekostigen via de ZZP-systematiek;
- Optie 3: Huidige DBC verblijfsprestaties omvormen naar ZZP prestaties, waarbij behandeling niet meer apart wordt geregistreerd maar onderdeel is van de prestatie.

Hoewel veel partijen positief staan ten opzichte van optie 3, werd deze niet realistisch geacht gezien het korte tijdsbestek waarin de overheveling moet plaatsvinden.³ Om deze reden gaan we bij de afweging tussen de verschillende mogelijkheden alleen in op optie 1 en 2.

3.2 Afweging prestaties

De huidige productstructuur van DBC's die binnen het Zvw-kader wordt gehanteerd is in principe geschikt voor de bekostiging van de langdurige zorg. Dit systeem is ook toegesneden op de voorziene sturende rol van de zorgverzekeraar. Dit DBC-systeem is echter nog in ontwikkeling op het punt van zorgvraagzwaarte. Daarnaast wordt er gekeken naar mogelijkheden voor het meten van de effectiviteit van de zorg (ROM). Beide zaken zijn noodzakelijk om de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar te verbeteren en hen te stimuleren hun rol op te pakken.

Zolang het aan voldoende inzicht of prikkels ontbreekt is er naar onze mening sprake van systeemrisico's die leiden tot hogere uitgaven door zorgverzekeraars waardoor mogelijk de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg in het geding is. Deze risico's hangen samen met het volgende:

- Zorgverzekeraars dragen nog geen volledig risico over de uitgaven voor langdurige GGZ.
- Indicatiestelling door een onafhankelijke organisatie zoals in de AWBZ is niet meer van toepassing zodra de langdurige zorg is overgeheveld naar de Zvw.
- Er is in de Zvw geen sprake van regiobudgettering, zoals wel van kracht is in de AWBZ.

De status van indicatiestelling is in de AWBZ anders dan in de Zvw.

³ Zie bijlage II voor een integraal overzicht van reacties van veldpartijen op het consultatiedocument.

In de AWBZ geldt dat een patiënt pas aanspraak op ZZZP-B zorg heeft als de patiënt een indicatie voor ZZZP-B heeft van het CIZ. Deze beperking is er niet in de Zvw. Bovendien past indicatiestelling door een onafhankelijke organisatie niet binnen de Zvw waar zorgverzekeraars een sturende rol hebben. In de Zvw wordt van zorgverzekeraars verwacht dat ze hun rol als zorginkoper oppakken en de kosten beheersen en daarnaast voldoen aan hun zorgplicht. Een adequaat ex ante model voor risicoverevening stimuleert hen hiertoe.

Door het ontbreken van de indicatiestelling door het CIZ in de Zvw vervalt het instrument op basis waarvan momenteel vooraf de aard en omvang van de te verstrekken zorg en de kosten per verzekerde/patiënt worden bepaald. Dit zou niet erg zijn als daar via een zorgvraagzwaarte differentiatie in de DBC-systematiek een gelijkwaardig alternatief voor wordt geboden en zorgverzekeraars risico lopen op de over te hevelen zorg. Zoals in voorgaand hoofdstuk beschreven, is de zorgvraagzwaarte differentiatie en het risicovereveningssysteem nog in ontwikkeling.

Om systeemrisico's gedurende de overgangsfase te verminderen adviseren wij daarom de langdurige GGZ in de Zvw te bekostigen door middel van de ZZZP prestaties.

De vier belangrijkste overwegingen hierbij zijn:

- Zowel zorgverzekeraars (vanuit hun zorgkantorfunctie) als aanbieders zijn bekend met ZZZP's. Omdat bij de overheveling naar de Zvw de indicatiestelling wegvalt is het niet wenselijk dat ook de gehanteerde prestaties fundamenteel wijzigen. Op basis van bijvoorbeeld historische gegevens (die zowel bij de zorgverzekeraar als bij de zorgaanbieder aanwezig zijn) kan zorginkoop eenvoudiger plaats vinden, ook al is het voor de zorgverzekeraars een nieuw segment.
- De DBC-productstructuur heeft een 'open (niet genormeerd) karakter' in combinatie met een tijdschrijfsysteem. ZZZP's kunnen als deelprestatie meer gezien worden als integraal product, waarbij zowel de behandeling, de begeleiding als het verblijf zijn bepaald en gelimiteerd aan de hand van de beperkingen van de cliënt. Het ligt niet in de rede om deze normering los te laten en om tijdelijk over te gaan op een open systeem, om vervolgens te streven naar een meer genormeerd systeem.
- Omdat de Zvw geen regiobudget en indicatiestelling kent, heeft de zorgverzekeraar een belangrijke rol in het beheersen van de zorguitgaven. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven dat zorgverzekeraars hun rol beter kunnen vervullen bij de inzet van ZZZP's (optie 2). Dit heeft te maken met het feit dat ZZZP's genormeerd zijn en omdat in dat geval de prestaties en tarieven gelijk blijven. Gegeven de belangrijke rol van zorgverzekeraars binnen de Zvw, is veel belang gehecht aan het advies van ZN.
- Het gebruik van DBC's voor de langdurige GGZ heeft als voordeel dat gewerkt wordt (en doorontwikkeld wordt) vanuit één systeem. GGZ Nederland en de NVVP hebben om deze reden ook een voorkeur voor het hanteren van DBC's bij de langdurige zorg (optie 1). Wij zijn echter van mening dat de inzet van de ZZZP's, gezien het effect op systeemrisico's, beter past bij de randvoorwaarden die door de minister aan de overheveling worden gesteld.

Op deze wijze ontstaat naar onze mening een transitie-model dat met de minste systeemrisico's leidt tot het gewenste eindmodel, waarbij sprake is van één productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ (curatief en langdurig).

4. Uitwerking bekostiging langdurige GGZ in de Zvw

Dit hoofdstuk beschrijft de praktische uitwerking van de geadviseerde bekostigingswijze. We gaan daarbij in op de prestaties, de tarieven en de vergoeding van kapitaallasten en inventaris.

4.1 Prestaties en productstructuur

Het invoeren van de ZP's in de Zvw vergt een overheveling van de voor de langdurige GGZ relevante onderdelen van de huidige NZa AWBZ beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en de regeling Declaratievoorschriften AWBZ-zorg. De relevante onderdelen hiervan moeten worden opgenomen in de Zvw beleidsregels van de NZa.

Met de overheveling gaan de volgende prestaties en toeslagen over:

- ZP B 1 t/m 7 met of zonder dagbesteding;
- Klinisch Intensieve Behandeling (KIB);
- Toeslag niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP);
- Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg midden (GEZ);
- Vervoer dagbesteding GGZ.

De prestaties ZP B 1 t/m 7 en KIB zijn basisprestaties met een tarief per dag. Uit deze basisprestaties worden alle woonzorg-, begeleidings-, behandelings- en verblijfskosten vergoed. De toeslagen NSFP en GEZ en de prestatie Vervoer dagbesteding GGZ kunnen per dag aanvullend op de basisprestaties gedeclareerd worden. Uit deze toeslagen en prestatie worden respectievelijk kosten in het kader van extra beveiliging en hoge behandelintensiteit, epilepsiezorg en vervoer naar de dagbesteding vergoed.

De prestatiebeschrijvingen van bovenstaande prestaties en toeslagen worden bij de overheveling volledig overgenomen. De declaratievoorschriften worden zoveel mogelijk overgenomen. Zo blijft de declaratieperiode bijvoorbeeld gelijk. Waar nodig worden de declaratievoorschriften aangepast aan de systematiek in de Zvw zodat verzekeraars over voldoende informatie beschikken. De NZa zal zo nodig ook een regeling treffen voor de levering van gegevens die noodzakelijk zijn voor de doorontwikkeling van de prestaties naar het gewenste model.

4.2 Tariefsoort en hoogte tarieven

Voor de ZP's, KIB en toeslagen zijn in de AWBZ maximumtarieven van toepassing. Er is geen noodzaak voor een max-max tarief omdat de opbouw van de ZP's al is gebaseerd op zorgzwaarte. Wanneer een patiënt een hogere zorgzwaarte heeft, is er sprake van een hoger ZP met een hoger tarief.

Aangezien in de AWBZ het maximumtarief bij de ZP's goed past, adviseren wij bij de inzet van de ZP's en de bijbehorende toeslagen in de Zvw ook een maximumtarief.

De maximumtarieven baseren wij op de in 2014 geldende maximumtarieven voor de ZZP's en de toeslagen. Daarop wordt vervolgens de indexeringsmethode van de Zvw toegepast. Aangezien de geadviseerde systematiek in principe alleen gedurende de tijdelijke overgangsfase gehanteerd wordt, voert de NZa geen extra kostprijsonderzoek uit.

Voor cliënten die reeds in zorg zijn kunnen de huidige producten vooralsnog worden gecontinueerd. Dit voorkomt knelpunten rondom de continuïteit van zorg en zorgplicht van zorgverzekeraars.

4.3 Kapitaallasten en inventaris

4.3.1 Kapitaallasten

De kapitaallasten van de langdurige GGZ vallen sinds 2012 onder het invoertraject NHC. Bij de ontwikkeling van de NHC voor de curatieve GGZ is uitgegaan van eenzelfde modelmatige benadering van de huisvesting, bouwnormen en investeringskosten als bij de NHC-ontwikkeling voor de langdurige zorg en de forensische zorg. De invoertrajecten NHC voor AWBZ, Zvw en forensische zorg kennen dezelfde opbouwpercentages NHC en afbouwpercentages kapitaal. De invoertrajecten NHC zijn dus identiek. Het enige verschil is dat bij de AWBZ al voorcalculatorisch de nieuwe kapitaallastenvergoeding op basis van het NHC invoertraject wordt berekend. Voor de Zvw en de strafrechtelijke forensische zorg vindt deze alleen nacalculatorisch plaats.

De totale kapitaallasten van jaar t van een GGZ zorgaanbieder worden gesplitst in een AWBZ, Zvw en strafrechtelijk forensisch deel op basis van de NHC waarde van de productie van t-1. Wanneer de langdurige GGZ wordt overgeheveld, blijven de totale kapitaallasten gelijk, maar wordt het deel van de kapitaallasten dat wordt toegerekend aan de Zvw groter. De financiële afwikkeling van het invoertraject verloopt bij de langdurende ggz via het zorgkantoor. Bij de FZ en Zvw verloopt de afwikkeling respectievelijk via het ministerie van VenJ (Dienst Forensische Zorg) en het zorgverzekeringsfonds. Het invoertraject voor de langdurende ggz zou bij overheveling dan ook achteraf via het Zorgverzekeringsfonds worden afgewikkeld.

Regelgeving met betrekking tot het NHC invoertraject hoeft niet ingrijpend gewijzigd te worden. Wel moet voor GGZ zorgaanbieders die uitsluitend langdurige GGZ of langdurige en curatieve GGZ leveren voor het invoertraject van de NHC de kapitaallasten berekening losgekoppeld worden van de AWBZ productieafspraken zoals ingediend in de budget- en herschikkingsronde. Momenteel worden de totale kapitaallasten gebaseerd op de productieafspraken en vastgesteld in de AWBZ-rekenstaat. Na de overheveling kan dit niet meer. De NHC zal dan voor 100 procent deel uitmaken van het ZZP tarief. Hiervoor moet de NZa haar beleid aanpassen. De exacte uitwerking hiervan vindt op een later moment plaats.

Verder moet voor 2015 voor de verdeling op basis van de NHC waarde van de productie van t-1 aangegeven worden dat de intramurale langdurige GGZ van t-1 voor de verdeling meetelt aan de Zvw kant. De berekening van de kapitaallastenvergoeding van de langdurige GGZ zal hiermee ook nacalculatorisch plaats gaan vinden.

Voorbeeld

Totale NHC waarde kapitaallasten, jaar t = 100.000
 NHC waarde productie DBC's (Zvw), jaar t-1 = 70.000 (70%)
 NHC waarde productie ZZP-B (AWBZ), jaar t-1 = 30.000 (30%)

In jaar $t = 2014$ worden de kapitaallasten verdeeld op basis van de procentuele verhouding. Dit betekent 70.000 Zvw en 30.000 AWBZ. In jaar $t = 2015$ (overhevelingsjaar) wordt het AWBZ deel toegerekend aan de Zvw. Dit resulteert in kapitaallasten van 100.000 Zvw.

4.3.2 Inventaris

De NZa heeft een inventarisnorm in ontwikkeling voor alle ZZP's. De NZa consulteert ten tijde van het schrijven van dit advies de partijen over deze nieuwe norm. De verwachting is dat deze norm in het jaar 2014 of 2015 wordt ingevoerd. Indien deze norm wordt ingevoerd, zal het invoertraject gelijk zijn aan het invoertraject NHC. Dit betekent voor bestaande aanbieders van ZZP-B dat vanaf 2018 de nieuwe inventarisnormen gelden en men in de periode t/m 2017 in het NHC tempo groeit naar de nieuwe norm. De exacte uitwerking van dit traject zal in een ander advies worden uitgewerkt.

5. Overige aandachtspunten

5.1 Macro-kostenbeheersing

De minister heeft de randvoorwaarde 'gegarandeerde macro-kostenbeheersing' gesteld. De NZa kan niet op basis van prestaties en tarieven garanderen dat de kosten op het huidige niveau blijven. Naast het macroprestatiebedrag is hiervoor een macro-beheersinstrument nodig dat als ultimum remedium kan worden ingezet.

In de Zvw wordt voor het beheersen van de macro-uitgaven gebruik gemaakt van het macrobeheersinstrument (MBI). Voor de curatieve, kortdurende GGZ geldt voor 2013 een MBI. Dit MBI is generiek, wat inhoudt dat een korting bij alle zorgaanbieders wordt teruggehaald naar rato van hun landelijke marktaandeel. Wanneer een overschrijding wordt geconstateerd is het aan de minister om aan te geven of het MBI wordt ingezet. De overschrijding kan namelijk ook op andere wijzen worden geredresseerd, zoals door middel van een beperking van de aanspraken. Daarbij is in het eerder genoemde bestuurlijk akkoord afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders er naar streven om binnen het budgettair kader te blijven. Het MBI wordt ingezet indien ondanks de gemaakte afspraken tussen partijen er toch een overschrijding van het macro-kader plaatsvindt.

De bij de consultatieronde geconsulteerde partijen zijn van mening dat er sprake moet zijn van één landelijk MBI voor de GGZ. Het voordeel van één MBI is dat deze de voorgenomen ontwikkelingen op het terrein van beddenafbouw en ambulantisering niet in de weg staat. Bij het hanteren van afzonderlijke kaders wordt weer een knip gehanteerd terwijl de overheveling als voordeel heeft dat deze knip verdwijnt en ambulantisering kan stimuleren. Het nadeel van één kader is dat als gevolg van een overschrijding op de langdurige zorg ook aanbieders die enkel kortdurende gespecialiseerde zorg of ambulant gespecialiseerde zorg bieden, worden gekort. Het omgekeerde geldt uiteraard ook.

Wij adviseren één landelijk kader (één MBI) zodat het huidige schot tussen langdurig gespecialiseerde en kortdurende gespecialiseerde GGZ niet wordt gecontinueerd. Een potentiële hinderpaal voor het verminderen van het aantal bedden en het ambulant behandelen van patiënten wordt daarmee geslecht. Ten tijde van het schrijven van dit advies is het MBI voor de basis GGZ nog niet geheel uitgekristaliseerd. Voor de basis GGZ moet nog worden vastgesteld of hier sprake zal zijn van een afzonderlijk financieel kader en MBI of dat de financiële middelen voor de basis GGZ deel uit maken van één financieel GGZ kader en MBI. Wij adviseren om met deze ontwikkelingen rekening te houden.

5.2 Transparantie voor sturing en toezicht

5.2.1 Transparantie voor zorgverzekeraars voor een beheerste overstap

Voor een beheerste overstap is het van belang dat de individuele zorgverzekeraars over voldoende informatie beschikken over de aan hun verzekerden geleverde zorg in het verleden. Dit betekent dat iedere verzekeraar zijn aandeel moet weten in de door de circa 74 aanbieders (NZa-nummers) geleverde zorg. Zorgkantoren beschikken over

informatie over de door zorgaanbieders gedeclareerde langdurige GGZ. Als de zorgkantoren deze informatie aanleveren aan een derde onafhankelijke partij die vervolgens het aandeel per verzekeraar vaststelt, dan kan de inkoop door iedere verzekeraar beheerst plaatsvinden. Ook de NZa kan aanvullend gegevens aanleveren. Het hanteren van een representatiemodel is dan naar de mening van ZN overbodig en niet gewenst. Wij adviseren de minister om begin 2014 een trusted third party in te schakelen die alle berekeningen uitvoert en de gewenste gegevens oplevert.

5.2.2 Transparante aanspraken

In de Zvw bepaalt veelal de zorgaanbieder welke gespecialiseerde zorg er nodig is en dus wordt geleverd. Praktisch gezien indiceert de aanbieder hier zelf, al dan niet ondersteund door zorgrichtlijnen, protocollen, etcetera. Voor de aanbieders speelt hierbij een prikkel om meer zorg te leveren dan noodzakelijk. Dit betekent dat de overheveling naar de Zvw, waarbij de onafhankelijke indicatiestelling wegvalt, aanbieders prikkelt om een zwaarder ZZP in rekening te brengen dan de beperking van de cliënt rechtvaardigt. Daardoor ontstaat een risico op een stijging van de uitgaven.

Zorgverzekeraars kunnen een stijging tegengaan. Zij kunnen met een scherp inkoopbeleid de prijs en het volume beheersen. Een eventuele wijziging van artikel 13 van de Zvw verschaft zorgverzekeraars nog meer sturingsmogelijkheden. Tevens kunnen zorgverzekeraars in hun polis procedurele voorwaarden opnemen. De Zvw kent al het principe van een machtigingsprocedure die van toepassing is op de individuele verstrekking van verzekerde zorg. Zorgverzekeraars kunnen, ter vervanging van het wegvallen van de indicatiestelling door het CIZ, een machtigingsprocedure toepassen voor de over te hevelen zorg.

Een machtigingsprocedure moet er toe leiden dat de verzekerde de juiste zorg op maat krijgt geleverd zonder dat er sprake is van overbehandeling. Een machtigingsprocedure mag er dan ook niet toe leiden dat een onterechte beperking ontstaat naar inhoud of omvang van de zorg waarvoor geen wettelijke basis is. Dat is zowel voor de zorgverzekeraars als de cliënt onwenselijk. De uitvoering is dus gebaat bij een heldere omschrijving van de aanspraken inclusief de voorwaarden. Dit kunnen de huidige ZZP criteria zoals opgenomen in de Regeling zorgaanspraken AWBZ zijn. Wij adviseren de minister om bij inpassing van de AWBZ-aanspraken in de Zvw te streven naar duidelijke aanspraken zodat een macrobudgettaire overschrijding wordt voorkomen.

5.3 Zorgfraude

In dit advies is op hoofdlijnen geadviseerd over de bekostigingswijze van de langdurige GGZ in de Zvw vanaf 2015. De exacte regelgeving wordt in een later stadium uitgewerkt. Hierdoor is het op dit moment alleen mogelijk om de fraudegevoeligheid van het systeem op hoofdlijnen te analyseren. In deze paragraaf wordt hiervoor ingegaan op de helderheid en controleerbaarheid, de mogelijke frauderisico's en de beheersmaatregelen van de voorgestelde bekostigingssystematiek.

5.3.1 Mogelijke frauderisico's

Bij het gebruik van de ZZP's zijn er een aantal risico's op zorgfraude te duiden. Dit betreft in elk geval:

- Een aanbieder levert minder zorg of van mindere kwaliteit dan passend bij het gedeclareerde ZZP.
- Een aanbieder declareert een hoger ZZP (upcoding) dan past bij de beperkingen van de cliënt.
- Een aanbieder blijft DBC's declareren in plaats van ZZP's door het overgangscriterium te omzeilen.

Bovengenoemde frauderisico's bestaan in het huidige systeem ook. Het risico op 'upcoding' neemt toe door het wegvallen van de onafhankelijke indicatiestelling. De andere twee risico's blijven naar verwachting nagenoeg gelijk.

5.3.2 Helderheid en controleerbaarheid

De geadviseerde overheveling van ZZP's naar de Zvw leidt tot de inzet van reeds bekende en gebruikte prestaties. Aan de ZZP prestaties zijn cliëntprofielen gekoppeld. Uit deze cliëntprofielen wordt duidelijk welke ZZP passend is bij een patiënt. Zorgaanbieders kunnen dit gebruiken om te bepalen welk ZZP moet worden ingezet. Zorgverzekeraars kunnen de profielen gebruiken bij hun controle op de rechtmatige inzet van ZZP's. Het wegvallen van de onafhankelijke indicatiestelling, maakt het voor de zorgverzekeraar wel lastiger om te controleren of de gedeclareerde prestatie passend is voor de zorgbehoefte van de patiënt. De controlefunctie ligt zonder onafhankelijke indicatiesteller meer bij de zorgverzekeraar dan momenteel in de AWBZ. De zorgverzekeraar kan voor het vervullen van deze functie wel gebruik maken van de bestaande documentatie en vragenlijsten die het CIZ hanteert voor de indicatiestelling.

Doordat de afrekening van de curatieve en langdurige GGZ bij een zorgverzekeraar ligt, verbetert de controleerbaarheid van declaraties en wordt de "pakkans" bij fraude vergroot. Momenteel worden ZZP's en DBC's bij verschillende instanties gedeclareerd, waardoor dubbele declaraties minder snel aan het licht komen.

De controleerbaarheid van het juist hanteren van het overgangscriterium van 365 dagen kan in de praktijk in sommige gevallen wel lastig zijn. Voor patiënten die van verzekeraar wisselen is het voor de nieuwe zorgverzekeraar mogelijk onbekend hoe lang de patiënt reeds in een instelling verblijft. Daarnaast mag na tijdelijke afwezigheid van een patiënt opnieuw een DBC geopend worden. Op deze manier kan in theorie het overgangscriterium worden omzeild. Zorgaanbieders worden door het tariefverschil tussen DBC's en ZZP's mogelijk geprikkeld om zo lang als mogelijk DBC's te declareren.

5.3.3 Beheersmaatregelen

De zorgfraude kan op de volgende wijzen worden gesignaleerd en aangepakt.

- Een verzwaring in de gedeclareerde zorg kan gesignaleerd worden op basis van de declaraties. Van belang hierbij is dat zorgverzekeraars de beschikking krijgen over informatie over de in 2012-2013 aan hun verzekerden geleverde zorg per aanbieder. Indien de zorgverzekeraar een onverklaarbare verzwaring constateert, moet een zorgverzekeraar een materiële controle uitvoeren en correcties doorvoeren.
- De zorgverzekeraar kan een machtigingsprocedure invoeren waardoor vooraf de te leveren zorg wordt vastgesteld. Via formele,

- geautomatiseerde controles kan de verzekeraar dan vaststellen of de declaratie overeenstemt met de machtiging.
- De zorgverzekeraar kan ook een potentiële verzwaring van de gedeclareerde zorg verminderen door vooraf de zorg te contracteren.
 - Het risico op upcoding of het leveren van minder zorg dan gedeclareerd, kan worden verminderd door de patienten voldoende voorlichtingsmateriaal te verschaffen over wat men kan verwachten bij een bepaald ZZP. Bij de invoering van de ZZP's zijn hiertoe cliëntgidsen geschreven en goede voorbeelden beschreven. Patiënten kunnen dan zelf aan de bel trekken bij de aanbieder, verzekeraar of een ander meldpunt.
 - Een andere mogelijkheid is het vooraf contracteren van de zorg waarbij vooraf de dienstverlening getoetst wordt en waarbij afspraken worden gemaakt over de dienstverlening en de wijze waarop de rechtmatigheid daarvan geborgd is.

De NZa treft in 2013 maatregelen zodat vanaf 2014 voor de curatieve GGZ beter inzichtelijk wordt wie de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zijn. Deze maatregelen sluiten goed aan op het huidige inkoopbeleid van zorgkantoren. Zorgkantoren stellen in hun inkoopbeleid de voorwaarde bij de levering van ZZP GGZ B dat de verantwoordelijkheid van de zorgverlening berust bij de psychiater en dat er sprake moet zijn van een multidisciplinair team. Hierom zal de genoemde maatregel per 2015 ook van toepassing worden op de langdurige GGZ.

Wij concluderen dat in de periode 2015-2016 het risico op zorgfraude voor de langdurige GGZ niet substantieel zal toenemen omdat de prestaties niet substantieel wijzigen. Daarnaast wordt het voor de zorgverzekeraars makkelijker om de declaraties te controleren doordat ze voor zowel de curatieve als langdurige GGZ ontvangen. In het vervolgtraject wordt door de NZa nader stilgestaan bij het voorkomen van fraude en ander ongewenst declaratiegedrag. De NZa inventariseert dan mogelijke frauderisico's en treft maatregelen om deze risico's bij de overheveling te beperken.

5.4 Onderhoud oude bekostiging in een overgangsfase

Wij zijn van mening dat de focus van alle betrokken partijen tot de invoering van het 'eindmodel' vooral moet liggen op de bekostiging in het eindmodel en niet op de 'oude prestaties en tarieven' die worden gehanteerd in de overgangsfase. Daarnaast is een overgangsfase gebaat bij stabiliteit in de prestaties en tarieven. Een voorwaarde hiervoor is de herkenbaarheid van de prestaties en de bijbehorende tarieven. Dit betekent dat er gedurende de overgangsfase geen fundamentele wijzigingen en/of grote aanpassingen aan de prestaties en tarieven zullen plaatsvinden.

5.5 Planning

Van belang is dat partijen zich goed kunnen voorbereiden op de overheveling. Zorgaanbieders moeten tijdig weten hoe het beleid er voor hun uit gaat zien zodat ze hun bedrijfsvoering en ICT hierop kunnen aanpassen. Zorgverzekeraars moeten zich kunnen voorbereiden op het punt van de polissen, de inkoop en afhandeling van de declaraties. De NZa moet de AWBZ (beleids)regels schonen voor de langdurige GGZ, de langdurige GGZ opnemen in de Zvw beleids(regels) en de beleidsregels met betrekking tot de kapitaallasten aanpassen. Het is

daarom van belang dat besluitvorming door de minister van VWS in oktober plaatsvindt zodat alle voorbereidingen kunnen worden gestart en de NZa een aanwijzing krijgt in maart 2014. De NZa kan dan de aanbieders tijdig informeren over de wijzigingen die gaan plaatsvinden. De NZa zal dan op 1 juli 2014 de nieuwe (beleids)regels voor het jaar 2015 publiceren.

Tabel 1: Planning overheveling GGZ

Wanneer	Wat	Wie
september-oktober 2013	Besluitvorming overheveling	VWS
maart 2014	Aanwijzing NZa	VWS
juli 2014	Publicatie beleidsregels	NZa
juli-december 2014	Voorbereiding op uitvoering in Zvw	Zorgverzekeraars/ zorgaanbieders

Bijlage I: adviesverzoek VWS



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum **06 MEI 2013**
Betreft Aanvraag Uitvoeringstoets overheveling langdurige ggz
van de AWBZ naar de Zvw

Geachte heer L ,

Datum

In het regeerakkoord van het Kabinet Rutte II is opgenomen dat de intramurale, langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) met ingang van 2015 niet meer uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) maar uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt bekostigd.¹ Verder is het de bedoeling dat zorgverzekeraars in 2017 volledig risicodragend zijn voor de langdurige ggz.

Kenmerk
114806-103213-CZ

Inmiddels is besloten dat de langdurige op behandeling gerichte ggz vanaf 18 jaar wordt overgeheveld naar de Zvw. Met deze overheveling wordt vanaf 18 jaar alle op behandeling gerichte ggz uit de Zvw gefinancierd. Het kabinet vindt dat begeleid wonen dat gericht is op participatie meer past binnen het gemeentelijke domein. Deze afbakening zal gezamenlijk met de sector verkend worden.²

Met dit voornemen wordt een einde gemaakt aan de zogenoemde 'knip' in de huidige bekostiging waarbij intramurale ggz-behandeling de eerste 365 dagen uit de Zvw wordt betaald en vanaf de 366^{ste} dag uit de AWBZ. Deze knip draagt niet bij tot kwalitatief goede zorg voor de cliënt, onder andere omdat er onvoldoende prikkel is om te komen tot ambulante zorg. Blijft een cliënt in een instelling, dan dekt de AWBZ de kosten. Krijgt de cliënt na een jaar ambulante zorg, dan zijn de kosten voor rekening van de risicodragende zorgverzekeraar. Door de ggz aan te sturen vanuit één wettelijk kader, wordt beoogd dat partijen meer focussen op de verbetering van de zorg aan de patiënt. Zorgverzekeraars krijgen immers ook na 365 dagen belang bij kwalitatief betere, snellere en/of ambulante behandelingen en zullen hierover afspraken met zorgaanbieders maken. Voor zorgaanbieders verdwijnen de schotten, wat leidt tot vereenvoudiging en het wegnemen van perverse prikkels.

¹ Over het onderdeel maatschappelijke opvang (Zvw of gemeenten) wordt nog een nader besluit genomen.

² Brief aan de Tweede Kamer over de hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg d.d. 25 april 2013.



Afbakening van de aanspraak in de Zvw

Helder moet zijn welke aanspraak er in de Zvw voor deze zorg precies zal zijn. Voor de vormgeving van de bekostiging van deze zorg is uitsluitend nodig over voor welke zorgvragen, en voor welke vormen van zorg, een aanspraak bestaat op grond van de Zvw. Deze aanspraak is niet noodzakelijkerwijs identiek aan de huidige aanspraak in de AWBZ. Te zijner tijd zal, bij aanpassing van het Besluit zorgverzekering, worden bezien of een duiding van het CVZ nodig is. Voor deze uitvoeringstoets verzoek ik u daarom uit te gaan van overheveling conform de aanspraak in de AWBZ, waarbij de duiding door het CVZ op termijn tot aanpassingen kan leiden die ook hun weerslag moeten krijgen in de bekostiging.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
114806-103213-CZ

Producten en tarieven

Het overhevelen van op ggz-behandeling gericht intramuraal verblijf naar de Zvw betekent dat deze zorg wordt toegevoegd aan de tweedelijns curatieve ggz.

Ik streef er daarom naar dat ook de bekostiging voor zover mogelijk wordt ingepast in de bekostigingssystematiek die in de tweedelijns curatieve ggz geldt. Gezien de invoerdatum (1 januari 2015), de lopende doorontwikkeling van de dbc-systematiek (o.a. zorgvraagzwaarte), en het mogelijk afwijkende karakter van (een deel van) de over te hevelen zorg, is het goed mogelijk dat een gefaseerde inpassing te verkiezen is boven een ongefaseerde inpassing.

Ik verzoek u daarom om mij, binnen de door mij gestelde randvoorwaarden, ten aanzien van de bekostigingssystematiek te adviseren over de volgende vragen:

1. In hoeverre de productstructuur die binnen het Zvw-kader wordt gehanteerd, de voorgenomen ontwikkeling daarvan in ogenschouw nemende,³ geschikt is voor de bekostiging van (delen van) de langdurige ggz.
2. Of en in hoeverre daarvoor aanpassing van de huidige producten, of uitbreiding met aanvullende producten, noodzakelijk is, en zo ja, hoe deze vorm te geven.
3. In hoeverre de voorgenoemde aanpassing of uitbreiding binnen het genoemde tijdpad uitvoerbaar is, of dat een gefaseerde overgang noodzakelijk is, waarbij de ZZP's (of een deel daarvan) vooralsnog binnen de Zvw-context gehandhaafd worden.
4. In het geval een gefaseerde overgang te verkiezen is:
 - a. Op welke wijze de ZZP's in de omgeving van de Zorgverzekeringswet als bekostigingsproduct ingezet kunnen worden.
 - b. Hoe ervoor gezorgd kan worden dat de ZZP's in de overgangsfase een bruikbare en transparante onderhandelingsstap vormen voor aanbieders en verzekeraars, ook gezien het ontbreken van een indicatieorgaan in de Zorgverzekeringswet, en het ontbreken van (voor)kennis over de ZZP's bij individuele verzekeraars.
5. Tevens verzoek ik u mij te adviseren over de tarieven en de tariefsoort die zouden moeten gelden voor de prestaties. Ik verzoek u voor de tariefsoort

³ Zoals uiteengezet in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.



Voor patiënten wordt de ggz overzichtelijker, aangezien hun behandeling en opname wordt bekostigd uit één systeem en één set spelregels voor aanspraken en eigen betalingen.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Met deze brief verzoek ik u een uitvoeringstoets te doen naar de bekostigingsaspecten van de naar de Zvw over te hevelen zorg. Graag ontvang ik uw advies uiterlijk 18 juni 2013, zodat er op basis van dat advies tijdige besluitvorming kan plaatsvinden over de overheveling van de langdurige ggz per 2015. Mocht de besluitvorming over begeleiding en beschermd wonen daartoe aanleiding geven, dan zullen wij u een aanvulling op deze uitvoeringstoets vragen.

Kenmerk
114806-103213-CZ

Randvoorwaarden bekostiging

De bekostiging in de AWBZ verloopt anders dan binnen de Zvw. Bij uw advisering vraag ik u rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

- De overheveling geschiedt budgetneutraal;
- De overheveling vindt plaats met ingang van 1 januari 2015;
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg;
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg;
- Abrupte veranderingen in opbrengsten alleen als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden voorkomen;
- Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgvraagzwaarte, de geleverde zorg en de kwaliteit van zorg (de cliëntbeleving en behandelresultaten);
- Er is een adequate aansluiting op de bekostiging van de zorg in naastliggende domeinen (denk bijvoorbeeld aan kern-AWBZ en forensische zorg);
- Er is een adequate bekostiging van de kapitaallasten;
- Macrokostenbeheersing is gegarandeerd;
- Een eventuele uitbreiding van de overheveling naar de Zvw met begeleiding en beschermd wonen moet mogelijk blijven.

Afbakening van de over te hevelen zorg

Een duidelijke afbakening van de langdurige ggz is een essentiële voorwaarde voor een zorgvuldige overheveling. Helder moet zijn wát er overgaat naar de Zvw, om te voorkomen dat er mensen tussen de wal en het schip vallen.

In het Regeerakkoord is een besluit op hoofdlijnen genomen over de over te hevelen zorg. Inmiddels is besloten dat van de intramurale langdurige ggz het op behandeling gericht intramuraal verblijf naar de Zvw gaat. Besluitvorming over het verblijf gericht op begeleiding en een beschermende woonomgeving volgt in een later stadium. De intramurale langdurige ggz-zorg aan jeugd tot 18 jaar zal niet worden overgeheveld naar de Zvw. Die zorg valt per 2015 onder de nieuwe jeugdwet. Verder is van belang dat uitsluitend de ZZP's 1 en 2 worden geëxtramuraliseerd, waarbij evenwel voor patiënten die nog zorg gebruiken op basis van deze ZZP's geldt dat de op behandeling gerichte zorg naar de Zvw gaat. Over de op begeleiding en beschermd wonen gerichte zorg volgt besluitvorming in een later stadium. Ik verzoek u in uw uitvoeringstoets vooralsnog uit te gaan van de overheveling van op behandeling gericht intramuraal verblijf naar de Zvw, zoals uiteengezet in de brief van 25 april 2013 aan de Tweede Kamer.



(voor zover mogelijk gelet op de gestelde randvoorwaarden) aansluiting te zoeken bij de maximumtarievenssystematiek zoals die op dit moment in de curatieve ggz gehanteerd wordt.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg

Noodzaak of wenselijkheid van transitie-model

Kenmerk
Fout! Onbekende naam
voor documenteigen-
schap.114806-103213-CZ

Ik vraag u verder mij te adviseren of het noodzakelijk is, gegeven de keuze voor een bepaalde bekostigingsstructuur of fasering, een transitie-model in te voeren om abrupte veranderingen in opbrengsten alleen als gevolg van de wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) te voorkomen, mede met het oog op het waarborgen van de toegankelijkheid van zorg.

Met vriendelijke groet,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Langdurige Zorg,

drs. M.J. Boereboom

Bijlage II: reacties van veldpartijen op consultatiedocument

Reactie Zorgverzekeraars Nederland

Algemeen

Het kabinet heeft gekozen om de langdurige ggz over te hevelen uit de AWBZ. Alvorens ZN ingaat op de vragen uit het consultatiedocument van de NZa, willen wij eerst aandacht vragen voor de volgende punten, die ten principale gelden ongeacht de keuzen uit het consultatiedocument:

- 1. keuze voor B- of C ZZP's naar de ZVW**

Zorgverzekeraars zijn van mening dat er geen plaats is voor C-ZZP's in de ZVW. Dit sluit aan bij de brief van VWS inzake de HLZ. Voor een onderbouwing van dit standpunt verwijzen wij u naar de bijgevoegde position paper van zorgverzekeraars Nederland inzake overheveling langdurige ggz, en het bijgevoegde document die op zorginhoud onderbouwt waarom niet-geneeskundige begeleiding en niet-geneeskundig verblijf geen plaats kunnen hebben in de ZVW.
- 2. Tijdsfad**

In het regeerakkoord is vastgesteld dat de langdurige ggz in 2015 wordt overgeheveld. Voor die onderdelen van de zorg die een plaats krijgen in de ZVW (i.e. de B-ZZP's) impliceert dit dat er uiterlijk **1 april 2014** helderheid moet zijn over welke zorg er wordt overgeheveld en binnen welke beleidskaders. De overheveling van langdurige zorg naar de ZVW is een majeure operatie met forse impact op de uitvoeringsprocessen bij zorgverzekeraars en aanbieders. De inrichting van deze processen vergt ten minste 9 maanden.
- 3. Indicatiestelling en / of diagnose**

De AWBZ kent een onafhankelijk orgaan dat de indicatie vaststelt, het CIZ. Die indicatie is in omvang gelimiteerd en wordt vooraf bepaald. In het consultatiedocument van de NZa wordt voorbijgegaan aan het feit dat na de overheveling van de AWBZ naar de ZVW onduidelijk is hoe en door wie de aanspraak op langdurige zorg wordt vastgesteld. Zonder een onafhankelijke en in omvang gelimiteerde indicatiestelling zijn de kosten voor langdurige zorg onbeheersbaar. Een diagnose alleen volstaat niet als deze niet te relateren is aan de uiteindelijke behandeling. Gebruikelijk binnen de Zvw is dat de diagnose wordt bepaald door de behandelaar zelf. Deze diagnose limiteert het product in de Zvw niet hetgeen in de praktijk resulteert in een tijdschrijfsysteem waarbij de geleverde behandelinzet de hoogte van het product bepaalt. Een dergelijke insteek vinden verzekeraars voor de langdurige Zvw ongewenst omdat dit de mogelijkheden sterk beperkt om de kosten voor de langdurige ggz te beheersen. Binnen de langdurige zorg dient dan ook bekeken te worden hoe de behandelinzet op een juiste wijze beheerst kan worden door middel van een indicatiestelling.
- 4. Productstructuur**

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij, ook na de overheveling, hun zorgplicht invullen én tegelijkertijd sturen op kosten. Met de huidige productstructuur ontbreken voor zorgverzekeraars de instrumenten om aan deze opgaven te voldoen. Voor zorgverzekeraars is essentieel dat een genormeerde productstructuur wordt ontwikkeld die een relatie legt tussen de diagnose of indicatiestelling, de zorgvraagzwaarte van de cliënt en de behandelpaden zoals deze door de beroepsverenigingen worden vastgesteld. Tevens dienen de (medische) resultaten van ieder afgesloten zorgtraject inzichtelijk te worden gemaakt in een benchmark(ROM/CQI). Dit is voor zorgverzekeraars randvoorwaardelijk; indien dit niet wordt ingevuld is het risicodragend uitvoeren van de langdurige ggz onbespreekbaar.

Bekostiging van ZZP's in de ZVW

In het consultatiedocument worden een drietal opties geschetst voor de bekostiging van de langdurige ggz in de ZVW. ZN is van mening dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen een overgangsfase en het eindmodel.

Het **eindmodel** voor verzekeraars is een model waar verzekeraars normatieve producten inkopen die gebaseerd zijn op de relatie tussen de diagnose, de zorgvraagzwaarte van de cliënt en de behandelpaden.

Ook wordt van ieder zorgtraject het behandelresultaat gemeten. Bij dit model past dat verzekeraars risico lopen over de langdurige zorg. Voorwaarde voor risicodragendheid is wél de er een adequaat ex ante risicovereveningsmodel is.

Passend bij deze visie op het eindmodel is een bekostiging die lijkt op variant drie van de NZa; de huidige DBC's met verblijf omvormen naar ZZZ's.

Verzekeraars vrezen echter dat dit eindmodel niet te realiseren is op 1-1-2015 omdat het onderzoek naar de zorgvraagzwaarte dan nog niet gereed zal zijn en ook de behandelpaden nog niet gereed zullen zijn. Een overgangsfase is dus ook noodzakelijk.

In de **overgangsfase** worden de B-ZZZ's overgeheveld naar de ZVW. Gedurende de overgangsfase zullen zorgverzekeraars een herindicatie- en ambulantiseringstraject opstarten, waarbij de patiënt centraal staat. De focus ligt op de potentiële zelfredzaamheid van de patiënt. Ook wordt gedurende de overgangsfase de productstructuur verder ontwikkeld en wordt een methode voor afstemming en organisatie van zorg over de kaders heen (WMO, FZ, ZVW) ontwikkeld. Indien duidelijk wordt dat een patiënt in de therapeutische fase geen potentieel op zelfredzaamheid heeft, is er ook geen sprake meer van therapeutisch verblijf en therapeutische dagbesteding/begeleiding (i.e. geneeskundige zorg) en dient deze zorg alsnog plaats te vinden in het gemeentelijke domein.

Voor de bekostiging gedurende de overgangsfase lijkt variant twee van de NZa (ZZZ's toevoegen aan de huidige DBC verblijfsprestaties) het meeste geschikt. Met deze variant kunnen verzekeraars op basis van de informatie uit de AWBZ de zorg inkopen en zijn de financiële tarief risico's minst groot. De indicatiestelling binnen dit scenario blijft echter een lastig punt. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in het voortzetten van de huidige indicatiestelling door het CIZ gedurende de transitieperiode. Ten aanzien van de AWBZ informatie zal tevens inzichtelijk gemaakt moeten worden wat de aandelen van de individuele verzekeraars bij de individuele aanbieders binnen de AWBZ zijn.

Omdat zorgverzekeraars gedurende de overgangsfase maar een beperkt sturingsinstrumentarium hebben en het ex ante model nog niet op orde is, is risicodragendheid onbespreekbaar.

Paginagewijs

Pagina 11

- **Kostenbeheersing:** op pagina 2 van de aanvraag uitvoeringstoets wordt gesproken over *macrokostenbeheersing*. Met het begrip kostenbeheersing op pag. 11 is onduidelijk op wel niveau de kosten beheerst moeten worden

Pagina 15

- **GGZ-meerzorg:** De ruimte voor meerzorg moet blijven bestaan. Belangrijk in dit kader is wel dat de noodzakelijkheid van de kosten wordt aangetoond. Idealiter zou deze noodzakelijkheid tot uitdrukking moeten komen in de zorgvraagzwaarte, behandelpad en outcome) is dit een fictie. De bestaande productstructuur past, moet dit via een machtiging van de zorgverzekeraar lopen. Hiermee kan er geen meerzorg geleverd worden zonder toestemming van de verzekeraar.

Pagina 19

- **Volumebeheersing:** gesteld wordt dat zorgverzekeraars door scherpe inkoop kosten- en volumestijgingen tegen kunnen gaan. Zonder adequaat inkoopinstrumentarium (een normatieve productstructuur met inzicht in zorgvraagzwaarte, behandelpad en outcome) is dit een fictie. De AWBZ kent een systeem van in omvang beperkte indicaties. Als dit systeem in de overgangsfase ook voor de ZVW gaat gelden, moet dit door een onafhankelijk instituut worden uitgevoerd. Een behandelaar zal, als de indicatie vooraf door de aanbieder bepaald moet worden en deze indicatie de omvang van het mogelijke behandel aanbod beperkt, immers een prikkel hebben deze zo hoog mogelijk te stellen.
- De kosten van langdurige zorg via **machtigingen** beperken lost dit probleem beperkt op. Wil dit systeem werken, moet iedere machtiging individueel worden beoordeeld door de medisch adviseur

van de zorgverzekeraar. Het moge a priori duidelijk zijn dat dit tot onacceptabele uitvoeringslasten leidt. Een optie is dat de zorgverzekeraar de indicatiestelling via een machtiging delegeert naar het CIZ. Deze route zou verder verkend kunnen worden.

Pagina 20

- De keuze voor één MBI over de curatieve- en langdurige GGZ heeft als voordeel dat substitutie tussen beide sectoren (ambulantisering) makkelijker te bereiken is. Echter, één kader brengt het risico met zich mee dat een eventuele overschrijding van de langdurige GGZ via het MBI mede wordt gecompenseerd door de curatieve GGZ. Gescheiden kaders daarentegen leiden tot hoge administratieve lasten bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid. Dit vergt overigens wél een onderverdeling van de omzet van zorgaanbieders naar individuele zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars willen zorg voor eigen verzekerden inkopen. Op die wijze kan de zorgplicht optimaal worden ingevuld en het best worden gestuurd op kwaliteit. Zorgverzekeraars zijn derhalve tegen een **representatiemodel**. Daarnaast zijn zorgverzekeraars het eens met de NZa dat de wettelijke basis voor een representatiemodel ontbreekt en tot hoge uitvoeringslasten leidt. Zoals eerder aangegeven vergt deze insteek wel dat de huidige marktaandeelen van de individuele verzekeraars bij de individuele aanbieders transparant wordt gemaakt.

Pagina 21 en 22

- Er wordt geconcludeerd dat de **deelprestatie verblijf** inhoudelijk overeenkomt met de zzp componenten behandeling en dagbesteding. Dit is onjuist. Behandeling en verblijf vormen in een DBC één integraal geheel dat bijdraagt aan het behandeldoel (genezen of voorkomen verergeren van de aandoening of ziekte). Bij ZZZP's is een fundamenteel verschil tussen therapeutisch dan wel niet-therapeutisch verblijf en behandeling. Niet-therapeutisch verblijf (i.e. begeleid wonen) zal veelal lagere kosten met zich meebrengen dan therapeutisch verblijf. De conclusie dat er een sterke inhoudelijke overeenkomst is tussen beide productstructuren is dan ook zeker niet juist, ook als het om C-ZZZP's gaat.
- De NZa concludeert obv een vergelijking van de behandeling voor schizofrenie in de AWBZ en ZVW dat de **kosten voor behandeling dicht bij elkaar liggen**. Deze conclusie is veel te beperkt om geldend te zijn voor de volledige ggz. De behandeling voor een psychische aandoening zal in het eerste jaar veelal intensiever zijn dan in de daaropvolgende, meer stabiele, fase. Dit geldt met name voor aandoeningen als verslaving. Verder dient er in deze vergelijking ook rekening gehouden te worden met de inhoud van de zorg. Zoals door de NZa terecht aangegeven zijn er verschillen tussen het deskundigheidsniveau van het personeel tussen de typen zorg.
- Met deze vergelijking wordt ook geen rekening gehouden met de casemix (hoe vaak wordt een bepaalde deelprestatie ingezet binnen een DBC of zzp) en de bezettingsgraad.
ZN deelt op basis van bovenstaande de conclusie van de NZa dat DBC tarieven niet een op een kunnen worden toegepast op de langdurige ggz.

Pagina 23

- De afwikkeling van de **overgangsregeling kapitaallasten** vindt plaats in de AWBZ. ZN ondersteunt de voortzetting van deze regeling en de afrekening van de overgangsregeling via de AWBZ. Aandachtspunt vormt wel de wijze waarop de afspraken over de werkelijke lasten worden gemaakt en hoe de kosten naar de verschillende segmenten worden toegerekend (kern AWBZ – Zvw). Op dit moment zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor de toerekening van kosten naar de AWBZ en de Zvw. Met het kleiner worden van de AWBZ kan afgevraagd worden of deze situatie doorgetrokken moet worden. Gezien het feit dat de inkoopperiode van de AWBZ en de Zvw steeds meer overeen zullen gaan komen zou ervoor geopteerd kunnen worden om de toerekening richting de Zvw te baseren op de NHC-afspraken in de Zvw. Hiermee ontstaat er een zuiverder toerekening van de kosten aan de verschillende segmenten.

Tevens neemt het aantal aanbieder dat geen aandeel in de AWBZ zal hebben toe. Voor deze aanbieders worden de werkelijke kosten niet vastgesteld onder toezicht van een zorgkantoor of zorgverzekeraar maar onder toezicht van de NZa. Om ongewenste kostenstijgingen te voorkomen zal de NZa gedurende de transitieperiode goed moeten toezien op de door aanbieders ingediende aanvragen.

Pagina 25-28

- **Optie 1** wordt door zorgverzekeraars als zeer onwenselijk beschouwd. Door het ontbreken van een indicatie kunnen zorgverzekeraars geen onderscheid maken tussen langdurige en curatieve zorg. Sturen op kosten is daardoor onmogelijk. Bovendien hebben DBC's hogere tarieven dan ZP's (in een DBC vindt substantieel meer zorg plaats dan in een ZP).
- Het risico van **macrokosten overschrijdingen** is met deze optie zeer waarschijnlijk aangezien de zorgaanbieder zelf de hoogte van de verblijfscomponent kan kiezen. Zonder inzicht in indicatie en zorgvraagwaarde ontbreekt voor zorgverzekeraars ieder instrument om dit te kunnen controleren.
- Gesteld wordt dat een zorgverzekeraar **procedurale voorwaarden** kan stellen waarmee getoetst kan worden of een verzekerde aan de indicatievereiste voldoet. Dit is een vorm van **machtigen**. Zoals reeds gesteld, wil een machtiging een effectief instrument zijn, moet iedere machtiging apart door de medisch adviseur worden beoordeeld. Dit is niet zonder extreem hoge uitvoeringslasten te realiseren.
- De conclusie dat de **registratie en declaratie eisen** uit de curatieve ggz niet noodzakelijk zijn voor de langdurige ggz is prematuur en afhankelijk de wijze waarop de langdurige ggz ná de overheveling zal worden bekostigd. Alleen als de langdurige ggz bekostigd blijft via in omvang beperkte indicaties kan *wellicht* met minder declaratie en registratie regels worden volstaan.

Pagina 28-32

- **Optie 2** wordt door zorgverzekeraars als een overgangsmoedel beschouwd. Gedurende de overgangsfase kan gewerkt worden aan een normatieve productstructuur. Zorgverzekeraars zijn gedurende de overgangsfase niet risicodragend.
- Zonder inzicht in zorgvraagwaarde ontbreekt een inhoudelijk argument om af te wijken van de **365 dagen grens** als scheiding tussen curatieve en langdurige ggz. Gedurende de overgangsfase dient de grens van 365 dagen in stand te worden gehouden.
- In de curatieve ggz is een **uitzonderingsbepaling** voor het vermelden van diagnose-informatie op de factuur. De NZa concludeert dat deze uitzondering ook dient te gelden voor de langdurige ggz. ZN is het hier fundamenteel mee oneens en wij verlangen van de NZa een onderbouwing van deze conclusie. De uitspraak van het CBB beperkt zich namelijk tot de diagnose, en niet tot een indicatie zoals die voor de langdurige ggz geldt. Bovendien is inzicht in de indicatie essentieel om de sturende rol van zorgverzekeraars in te kunnen vullen.
- De NZa concludeert dat het gebruik van **bestaande prestaties** niet tot onverwachts minder opbrengsten voor zorgaanbieders leidt. Dit is een momentopname die geen rekening houdt met de potentiële prikkels die het systeem met zich meebrengt (hogere indicatie om risico's te vermijden). ZN verzoekt de NZa een analyse te maken van de effecten van de bestaande prestaties en tarieven op de meerjarige kostenontwikkeling.
- De conclusie dat het wegvallen van **indicatiestelling** de toegankelijkheid in de ggz niet zal beperken moge correct zijn, echter, de onderbouwing die gegeven wordt is pertinent onjuist. Gesteld wordt dat zorgverzekeraars aan 'claimbeoordeling' kunnen doen (een term die tot op heden onbekend is in de ZVW). Een zorgverzekeraar kent de diagnose of indicatie echter niet, dus ons is onduidelijk hoe dit proces zou moeten lopen. Indien de NZa doelt op alle langdurige ggz via machtigingen goed te keuren: zie eerdere opmerkingen.

Pagina 32-34

- **Optie 3** wordt door zorgverzekeraars als eindmodel beschouwd als de normatieve productstructuur is ontwikkeld en een objectieve en in omvang gelimiteerde indicatiestelling voor de langdurige ggz is ontwikkeld. Deze optie is, gezien de veelheid aan taken die daarvoor moeten worden gerealiseerd, niet in 2015 haalbaar.
- Normering van de inzet van VOV personeel dient te geschieden obv zorgvraagzwaarte. In de productstructuur dienen dus niet meer de inputfactoren bepalend te zijn voor de afleiding van het product maar de diagnose en de zorgvraagvraag van de cliënt.

Pagina 34

- **Kostenoverschrijdingen** zullen vooral ontstaan als zorgverzekeraars onvoldoende sturingsinstrumentarium tot hun beschikking hebben. Dán kunnen zij immers niet scherp inkopen.

Reactie GGZ Nederland

Nederlandse Zorgautoriteit

Raad van Bestuur
Postbus 3017
3502 GA UtrechtDatum
3 juni 2013
ContactpersoonBijlage(n)
1
DoorkiesnummerOns kenmerk
FA/yemr/naem/144934/2013
Onderwerp
**Reactie consultatiedocument overheveling
langdurige ggz**

Uw kenmerk

Geachte heer L ,

Middels deze brief willen wij graag voldoen aan uw verzoek om te reageren op uw concept consultatiedocument overheveling langdurige ggz naar Zvw (Zorgverzekeringswet). In deze brief reageren wij op de hoofdlijnen uit het document. Voor een meer gedetailleerde beantwoording van alle consultatievragen verwijzen wij graag naar de bijlage.

Allereerst willen wij opmerken dat de scope van het consultatiedocument te beperkt is. In het consultatiedocument focust u zich alleen op de overheveling van de huidige B zzp's naar de Zvw. De scope voldoet daarmee aan de vraag die het ministerie van VWS u heeft gesteld. Echter deze scope gaat voorbij aan het feit dat in het zorgakkoord is opgenomen dat een deel van het beschermd wonen (huidige C zzp's), namelijk voor zover deze afhankelijk is van op genezing gerichte zorg, ook naar de Zvw wordt overgeheveld. Aangezien wij het met de staatssecretaris eens zijn dat (een belangrijk deel) van het beschermd wonen moet worden overgeheveld naar de Zvw, hebben wij de vragen dan ook beantwoord volledig vanuit die scope. Deze uitgebreide scope is voor ons van groot belang voor de beantwoording van de consultatievragen, met name over de keuze van een voorkeursvariant.

Wij constateren dat alle door de NZa in het consultatiedocument geschetste opties voor- en nadelen bieden. Hierbij herkennen we ons in grote lijnen in de afwegingen die de NZa maakt bij de verschillende opties. GGZ Nederland streeft naar doorontwikkeling van de huidige DBC systematiek. Hiertoe zijn al een groot aantal verbeteringen op het gebied van o.a. zorgvraagzwaarte en Routine Outcome Monitoring in gang gezet. Wij pleiten hierbij voor één bekostigingssysteem binnen de Zvw, zowel voor de kortdurende als voor de langdurende ggz, namelijk de DBC systematiek (optie 1).



Hierbij geldt een toekomstige richting waarbij de administratieve lasten worden beperkt, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de tarieven kunnen onderhandelen en waarbij het systeem van zorgvraagzwaarte de basis vormt voor het classificeren van de zorgvraag van patiëntgroepen. De overgang op een nieuw bekostigingssysteem vergt echter tijd en zorgvuldigheid. Gezien het krappe tijdspad van de geplande overheveling en het feit dat ook (een deel van) het beschermd wonen wordt overgeheveld, achten wij een overgangsmodel van het tijdelijk introduceren van zzp's in de Zvw (optie 2) wenselijk voor die zorgaanbieders die nu geen of nauwelijks ervaring hebben met de DBC systematiek.

Voor wat betreft de keuze voor het macrokader gaat onze voorkeur uit naar het hanteren van één landelijk macrokader waardoor frictiekosten verdwijnen. In de huidige systematiek levert de knip tussen de Zvw en de AWBZ aanzienlijke frictiekosten op. Juist met het oog op het Bestuurlijk Akkoord ggz, waarbij afspraken zijn gemaakt over het ambulantiseren van zorg is het van groot belang dat er geen schotten zitten in het macro kader.

Wij vertrouwen erop dat u onze inbreng meeneemt in uw besluitvorming over het definitieve consultatiedocument. Graag zijn wij bereid eventuele vragen of opmerkingen over onze reactie mondeling toe te lichten. Hiervoor kunt u contact opnemen met mevrouw Y. Moolenaar of mevrouw M. van Es, beleidsadviseurs bij GGZ Nederland.

Met vriendelijke groet,

ir. P.M. van Rooij,
directeur.



Bijlage bij de brief van GGZ Nederland als reactie op de deelvragen uit het consultatiedocument NZa over overheveling langdurige GGZ naar de Zvw van mei 2013

Vragen op p 5. van consultatiedocument:

- **Wat is naar uw mening de best passende bekostiging voor de langdurige zorg per 2015 en waarom? Op welke punten kunt u zich niet vinden in de analyse en waarom niet?**

De best passende bekostiging voor de langdurende zorg is de DBC-bekostiging omdat hiermee de onlogische knip tussen de AWBZ en Zvw (jaargrens) ongedaan wordt gemaakt, de bekostiging van de ggz wordt vereenvoudigd en de administratieve lasten zullen dalen. Voor een nadere analyse, zie hieronder de consultatievragen 1-29.

- **Ziet u nog andere alternatieve oplossingen voor de bekostiging van de langdurige zorg per 2015?**

Nee.

- **Op welke wijze kan de over te hevelen zorg worden meegenomen in de ontwikkelingen die plaatsvinden voor de verbetering van de Zvw-systematiek? Het betreft met name de verbeteringen die verband houden met zorgvraagzwaarte.**

Het voorstel is om de budgetten die verband houden met de deze langdurende zorg (ook de Klinisch Intensieve Bedden) en toeslagen over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken hierover in DBC's afspraken waarbij aangesloten wordt bij de ontwikkeling van zorgvraagzwaarte voor zover mogelijk. Omdat ook in de DBC systematiek gesprekken over doorontwikkeling op de agenda staan, kan er integraal worden doorontwikkeld.

- **Kunt u zich vinden in de analyse over de toepassing van het macrobeheersinstrument om de kosten gegarandeerd te beheersen?**

Indien er in 2015 sprake is van een MBI zou dat gelijk moeten zijn voor alle ggz-zorg die in de Zvw wordt geleverd. Hierbij wordt opgemerkt dat in de eindsituatie waarbij de zorgverzekeraars volledig risicodragend zijn, de risico's van omzetoverschrijdingen niet alleen bij de zorgaanbieder kunnen worden gelegd. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en kan niet alle risico's afwentelen op de zorgaanbieders.



- **Welke informatie hebben de zorgverzekeraars in 2014 nodig om voor 2015 doelmatige zorg in te kopen en op welke wijze zou die kunnen worden verkregen?**

De zorgverzekeraar heeft voldoende informatie en er is ook een ontwikkeling om aanvullend zorgzwaartegegevens beschikbaar te stellen. Hierbij wordt opgemerkt dat er ook voldoende ruimte moet zijn voor specifieke doelgroepen. Wij vinden het van groot belang dat er geen patiënten tussen wal en schip vallen.

Reactie op de deelconsultatievragen

De deelvragen zijn beantwoord vanuit de aanname dat de gehele ZZP-groep overgaat naar het Zvw kader.

Dan is optie 1 voor de zorgaanbieders die tot nu toe ook Zvw behandelprestaties met verblijf leveren (en dus de DBC systematiek kennen en hanteren) een goede en juiste optie.

Voor die zorgaanbieders die tot op heden de DBC systematiek niet hanteren, moet een overgangsfase worden ingebouwd, waarbij optie 2 voor die groep aanbieders tijdelijk van toepassing is.

Als de NZa er vanuit blijft gaan (op basis van het verzoek van VWS van begin mei) dat alleen de in hun bewoordingen ZZP-B groep over gaat, dan past optie 1 voor alle patiënten en alle aanbieders en alle verzekeraars.

1. Zijn alle prestaties benoemd die betrokken zijn bij de overheveling?

Wij missen de overheveling van de Kinderen en jeugdigen die niet naar de gemeenten worden overgeheveld. Het betreft met name de leeftijdscategorie 18-23 jaar. Deze categorie wordt op dit moment in de praktijk bekostigd op basis van de beleidsregel Loon- en materiële kosten, definities en prestatiebeschrijvingen Kind en Jeugd GGZ Intramuraal.

2. Bent u het eens met de aanname dat extreme kosten zorggebonden materiaal en dure geneesmiddelen zorg niet betrokken is bij deze overheveling?

Ja.

3. Welk eindperspectief heeft u voor ogen voor de bekostiging van de GGZ in de toekomst?

Een verdere doorontwikkeling van de DBC-systematiek waarbij rekening wordt gehouden met zorgvraagzwaarte en uitkomstmeting (Routine Outcome Monitoring).



4. Wat is naar uw mening een geschikte routekaart naar dit toekomstperspectief?

De route is om in overleg met alle partijen te komen tot goede afspraken en heldere verwachtingen te scheppen. Dit voortbouwend op de reeds in gang gezette ontwikkelingen als zorgvraagzwaarte en uitkomstenmetingen. Start met het 'benen op tafel' gesprek medio 2013.

5. Welke mogelijkheden kunnen naar uw mening goed worden toegepast door aanbieders of verzekeraars zodat een volumestijging als gevolg van het wegvallen van de huidige indicatiestelling in de AWBZ wordt voorkomen?

Hierbij kan worden gedacht aan maatregelen zowel aan de voorkant als aan de achterkant van het systeem. In het bestuurlijk akkoord ggz zijn hierover ook heldere afspraken gemaakt met ketenpartners, o.a. over de kwaliteit van zorg, budgettaire beheersbaarheid en het ambulantiseren van zorg. In de Zvw is de huisarts de poortwachter (drempel) voor de Zvw. Voor de zorgaanbieders bestaat er in principe geen prikkel om meer zorg te leveren dan noodzakelijk met professionele behandelrichtlijnen en het bestuurlijk akkoord als basis. Ook voor de zorgaanbieder is het wenselijk om patiënten niet meer dan de benodigde zorg te geven omdat de patiënt hierdoor tevreden is (snel in en uit zorg) en de verzekeraar ook. Met dure DBC's prijst de zorgaanbieder zich uit de markt. De zorgverzekeraar let nu al goed op de inkoop van het aantal DBC's en de gemiddelde prijs. Een volumestijging kan worden beperkt door hierover op landelijk niveau afspraken over te maken en selectieve inkoop. De introductie van een machtigingensysteem zal leiden tot meer administratieve lasten, is klantvriendelijk want tijdrovend en is derhalve onwenselijk. Tot slot kan de zorgverzekeraar middels materiële controle achteraf controleren of geleverde zorg terecht werd geleverd en gedeclareerd.

6. Beschikken verzekeraars over voldoende informatie voor een verantwoorde overgang? Zo nee, welke informatie hebben verzekeraars nodig in 2014 voor een goede zorginkoop per 2015 en op welke wijze zou de informatie kunnen worden verkregen?

Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben jarenlange ervaring met de inkoop van de langdurige ggz. Voor 2015 gaat het onder andere om aantallen patiënten, dagen en soorten verblijfsdagen + zorgvraagzwaarte, behandelinzet en uitkomstmetingen.

7. Heeft u aanmerkingen of aanvullingen op de geschetste vergelijking?

De ZZP's en DBC's zijn verschillend opgebouwd. Het zijn verschillende grootheden, gebaseerd op verschillende kostprijsmodellen en het jaar van de kostprijsonderzoeken waarop de tarieven zijn ook gebaseerd zijn ook verschillend. Dit betekent dat zij dan ook niet 1 op 1 met elkaar kunnen worden vergeleken. De constatering dat de productie van ZZP's in DBC EUR 181 mln. duurder kunnen wij dan ook niet staven.

8. Heeft u aanmerkingen of aanvullingen op de geschetste overgang bij kapitaallasten?

De NHC-systematiek tussen beide sectoren is niet goed gesynchroniseerd. Dit heeft straks grote gevolgen voor de transitiefase. Op dit moment wordt de overheveling kapitaallasten



aangestuurd via het productieafsprakenformulier AWBZ. De dekking van de NHC moet geborgd blijven. In de ZZP's wordt met afwezigheidsdagen gewerkt, in de Zvw alleen met aanwezigheid. De tarieven voor verblijf zijn dus niet zo maar te vergelijken, zoals de NZa zelf ook terecht opmerkt.

9. Hoe beoordeelt u optie 1 (huidige dbc systematiek toepassen)?

Deze optie wordt door ons als de meest wenselijke beschouwd. Het risico van macrobudgetneutrale overschrijdingen is niet aan de orde omdat de zorgverzekeraars reeds kritisch de DBC-verblijfsdagen inkopen. Het opnemen door verzekeraars van procedurele voorwaarden in de polissen wordt niet geadviseerd omdat dit zal leiden tot onduidelijkheid bij patiënten en hogere administratieve lasten.

10. Hoe beoordeelt u optie 1?

Zie reactie bij vraag 9.

11. Zijn er andere aandachtspunten die niet benoemd zijn?

Nee.

12. Acht u deze optie haalbaar per 2015?

Ja, rekening houdend met de eerder genoemde algemene opmerkingen over de invoering en overgang.

13. Kunnen verzekeraars de verblijfsdagen en behandeling doelmatig inkopen zodat geen ongewenste volumestijging ontstaat? Welke informatie is hiervoor nodig (zorgvraagzwaarte, kwaliteit)?

De zorgverzekeraar heeft voldoende informatie en er is ook een ontwikkeling om aanvullend zorgzwaartegegevens beschikbaar te stellen. Hierbij wordt opgemerkt dat er ook voldoende ruimte moet zijn voor specifieke doelgroepen. Er mogen wat ons betreft geen patiënten tussen wal en schip vallen.

14. Is bij u bekend of er momenteel aanbieders zijn die wel ZZP-B declareren maar geen dbc's?

Nee, niet bekend.

15. Hoe beoordeelt u optie 2 (zzp's toevoegen aan huidige DBC VB prestaties)?

Deze optie is voor aanbieders die reeds bekend zijn met de DBC systematiek zeer onwenselijk omdat de administratieve lasten gaan toenemen, de *arbitraire* grens van 365 dagen in stand blijft (maar dan in de Zvw), de onduidelijkheid naar patiënten toeneemt en omdat DBC's meer transparantie geven over de geleverde zorg dan ZZP's.



Voor aanbieders die nog niet bekend zijn met de DBC systematiek zou dit een mogelijke tijdelijke optie als overgang naar de DBC systematiek zijn.

16. Mist u voor- of nadelen?

Ja, nadeel is dan dat de systematiek ook nog onderhouden moet worden voor een tijdelijke periode en dat administratieve lasten van twee systemen gehandhaafd blijven.

17. Zijn er andere aandachtspunten die niet benoemd zijn?

Nee.

18. Zullen, in uw visie, de ontwikkelingen omtrent zorgvraagzwaarte in DBC's na verloop van tijd dichter naderen naar de opzet van ZZP's? Kunt u dit toelichten?

Wij zijn er voorstander van om de DBC's aan te vullen waar mogelijk met zorgzwaartegegevens waarbij een transparante financieringstaat ontstaat. De eventuele ontwikkeling van DBC's naar ZZP's is onwenselijk omdat de ZZP-bekostiging onvoldoende transparant is en ook geen adequaat instrument is om budgetoverschrijdingen te voorkomen. Een patiënt met een ZZP is per definitie opgenomen. In de Zvw kan sprake zijn van een klinische opname die de gehele DBCTijd duurt, maar ook vele intermitterende opnames, of slechts 1 of enkele opnames. De DBC productstructuur biedt dus meer mogelijkheden tot zorg op maat.

19. Acht u deze optie haalbaar per 2015?

Nee.

20. Welk overgangscriterium of welke grens zou u hanteren in plaats van de 365 dagen?

Op dit moment zien wij geen andere grens of overgangscriterium. Wellicht dat de zorgvraagzwaartegegevens op termijn hier meer inzicht in kunnen bieden.

21. Beschikken verzekeraars over voldoende informatie voor een doelmatig inkoop? Welke aanvullende informatie is hiervoor nodig (zorgvraagzwaarte, kwaliteit)?

Ja, maar we staan er positief tegenover om zorgvraagzwaartegegevens waar mogelijk op te nemen.

22. Welke oplossingsrichting voor meerzorg dan opgenomen in een ZZP heeft uw voorkeur.

Vasthouden aan het max-max tarief.



23. Hoe beoordeelt u optie 3?

Dit is geen realistische optie. Naast de genoemde nadelen in het consultatiedocument is de ZVP-bekostiging op papier transparant maar in de praktijk is de DBC-bekostiging transparanter omdat de geleverde zorg wordt verantwoord en gedeclareerd.

24. Mist u voor- of nadelen?

Nee.

25. Zijn er andere aandachtspunten die niet benoemd zijn?

Nee.

26. Acht u deze optie haalbaar per 2015?

Nee.

27. Hoe beoordeelt u de conclusies? Welke wijze van bekostigen en macro-beheersing heeft uw voorkeur?

- Bij optie 1 (huidige DBC-systematiek toepassen) wordt aangegeven dat er een risico is van kostenoverschrijdingen omdat de opzet van de prestaties en maximumtarieven niet macroneutraal is. De NZa ziet een risico van kostenoverschrijdingen omdat 'de tarieven in DBC's hoger zijn dan de ZVP's'. De tarieven zijn niet hoger maar verschillend omdat de prestaties verschillend zijn. Dit laatste betekent dat het risico van kostenoverschrijding als gevolg van hogere DBC-tarieven niet aan de orde is. De verzekeraar zal net als in 2013 kritisch de verblijfszorg in gaan kopen en heeft hiervoor voldoende informatie. Er zijn altijd risico's van kostenoverschrijdingen en de verzekeraar kan dat met een kritische inkoop voorkomen. Bovendien wordt de zorgverzekeraar in toenemende mate risicodragend: een prikkel om kritisch in te kopen.
- De voorkeur gaat uit naar optie 1 zonder dat er aanvullende beheersingsmaatregelen worden opgetuigd (zoals het opnemen van aanvullende polisvoorwaarden zoals machtigingen door de verzekeraars). Daarbij gaat onze voorkeur uit naar een landelijk macrokader voor zowel kortdurende als langdurende ggz.

28. Heeft u nog toevoegingen aan deze conclusie?

Nee.

29. Is het type bekostiging per 2015 van invloed op de snelheid waarmee een goed risicovereveningssysteem zonder ex post compensatiemechanismen kan worden ingevoerd.

Geen mening.

Reactie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie



Nederlandse Zorgautoriteit

voorzitter Raad van Bestuur
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Utrecht, 31 mei 2013

Kenmerk: JvdL/Ig/1729/13
Betreft: reactie NVvP 'Overheveling langdurige GGZ naar Zvw'

Geachte heer L .

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kennis genomen van het consultatiedocument 'Overheveling langdurige GGZ naar Zvw'. Wij waarderen het dat u de NVvP en andere partners in de GGZ de gelegenheid biedt om een reactie te geven. Daarnaast willen we niet onvermeld laten dat we de reactietermijn op een dergelijk cruciaal keuzemoment erg kort vinden. Immers wordt met een van de voorgestelde opties na vele jaren van voorbereiding mogelijk een streep gehaald door de inmiddels ten volle ingevoerde DBC-systematiek voor de curatieve GGZ.

De NVvP is van mening dat een overkoepelende inhoudelijke visie op de doorontwikkeling van de bekostigingssystematiek van essentieel belang is. Wij pleiten voor één bekostigingssystematiek in plaats van twee voor alle curatieve GGZ zorg die met de overheveling van de langdurige GGZ straks onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Eenheid van behandeling en bedrijfsvoering is ons inziens gediend bij één systeem van bekostiging. Daarnaast ziet de NVvP geen heil in indicatieorganen die het werk van medisch specialisten over doen, meestal geen of weinig kennis van diagnostiek en indicatiestelling hebben, de context van de patiënt weinig kennen en uiteindelijk heel weinig waarde toevoegen aan het proces van zorgtoewijzing. De kracht van de psychiater als medisch specialist is zelf een oordeel te vormen over diagnose en behandeling, uiteraard binnen de wettelijke kaders en professionele standaarden, zonder inmenging van derden. Dit is voor de psychiater een voorwaarde om binnen de gestelde kaders het beroep van psychiater te kunnen uitoefenen. Onze ervaring is dat indicatieorganen de zorg ingewikkelder, bureaucratischer, onnodig duurder en dus ondoelmatiger maken.

In het consultatiedocument noemt u drie opties voor de bekostiging van de langdurige GGZ in de Zvw. Wij willen u op hoofdlijnen onze zienswijze per optie toelichten. De optie om langdurige GGZ te declareren volgens de huidige DBC-systematiek, optie 1, doet wat ons betreft het meest recht aan de wens om één bekostigingssystematiek te hebben. Daarnaast lijkt deze optie goed uitvoerbaar en lijkt de zorgvraagzwaarte zoals die nu in ontwikkeling is voor de GGZ ook bruikbaar voor het langdurige zorg deel. In de ontwikkeling van de verblijfscomponent van de Zvw kunnen de elementen van de AWBZ gebruikt worden. U noemt het risico op kostenoverschrijding bij deze optie als nadeel. Wij zijn van mening dat het risico op overschrijding beheersbaar zou moeten zijn. Het macrobeheersinstrument (MBI) moet weliswaar zijn werkzaamheid nog bewijzen, maar wij hebben er vertrouwen in dat het MBI solide in elkaar zit. Zorgverzekeraars kunnen een kostenoverschrijding tegengaan door scherp in te kopen. Voor zover wij kunnen overzien hebben zorgverzekeraars voor 2014 voldoende informatie om te kunnen inkopen uitgaande van gelijkblijvendheid voor

2015. Daarnaast hebben wij als NVvP ons gecommitteerd aan de ontwikkeling van allerlei valide instrumenten om inzicht te geven en krijgen in transparantie en voorspelbaarheid; gepast gebruik, zorgvraagzwaarte en doorontwikkeling DBC-systematiek onder andere.

Ook bij optie 3, huidige DBC verblijfsprestaties omvormen naar ZZP prestaties, zien wij als voordeel dat er wordt gekozen voor één systeem van bekostiging. Nadeel van deze optie is wat ons betreft dat met deze optie innovaties worden ontmoedigd en dat de aansluiting bij de somatiek onder druk komt te staan. De keuze voor deze variant brengt ook met zich mee dat de bruikbaarheid van de DIS-data keldert.

De minst passende optie voor de bekostiging van de langdurige GGZ in de Zvw is wat ons betreft optie 2, nieuwe prestaties toevoegen aan de DBC productstructuur die lijken op huidige ZZP prestaties. Dit brengt zoals u zelf al aangeeft een aantal praktische zaken met zich mee die niet wenselijk zijn. Ieder bekostigingssysteem kent ook zijn eigen uitgangspunten die niet altijd verenigbaar zijn met elkaar. Uw opmerking over het risico op stijgende kosten door het ontbreken van een indicierend orgaan kunnen wij niet delen. Zoals eerder genoemd pleiten wij voor professionele autonomie van de behandelaar onder andere wat betreft indicatie en is er dus geen indicierend orgaan nodig.

Samenvattend zien wij in optie 1 de best passende optie voor de overheveling van de langdurige GGZ naar de Zvw. Wij vinden de vrees voor kostenoverschrijding niet steekhoudend om de inhoudelijk beste optie, optie 1, af te wijzen. Wij hechten zoals eerder aangegeven sterk aan een overkoepelende inhoudelijke visie voor de lange termijn als het gaat om de doorontwikkeling van de bekostiging. Waar willen we met elkaar naartoe, welke criteria moeten daarvoor worden geformuleerd en welk tijdsplan hanteren we. Het is voor te stellen dat er wordt gekozen om via een tussenmodel uiteindelijk bij het eindmodel, één bekostigingssystematiek voor de gehele curatieve GGZ, uit te komen. Wij moeten er gezamenlijk voor waken, door visie, criteria en tijdsplan duidelijk te omschrijven, dat het tussenmodel geen eindmodel gaat worden.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,


Prof. dr. A.T.F. Beekman
Voorzitter